

第23回 岐阜県国保地域医療学会演題申込書

申込日：平成 年 月 日

施設名 市町村部署名		
連絡先	電話（ ）	— （内線 ）
演題名		
分類番号	(主)	(副)
フリガナ		
発表者氏名		
職種		

<記載注意>

1. 演題1題につき、申込書1枚を用いてください。
2. 分類番号は、(主)の欄に演題募集要領の番号を用いて記入ください。
なお、分類番号の選択に第2候補がある場合は(副)の欄にも記入ください。(記入は任意)
※セクションの配分を行う際は、原則、(主)の欄に記載の分類を優先し、(副)の欄に記載の番号は調整用とします。
3. 郵送またはFAXにてご報告ください。

申込締切日：平成30年5月18日(金)

送信先：〒500-8385

岐阜市下奈良2-2-1

岐阜県福祉・農業会館内

岐阜県国民健康保険団体連合会

健康推進課 健康づくり係

FAX 058-275-9641